受診問診票

フリガナ	生年月日
氏名	大昭平令 年 月 日 男女
電話番号	e-mail
住所 (〒	
マイナ保険証による診療情報取得について □同意する 喫煙 □有 □無 飲酒 □有 □無 妊娠 □有 □無 授乳 □有 □無	
下記の内容で該当する項目、気になる項目のすべてにチェック印をお付けください。	
□頻尿(おしっこが近い)	口男性更年期が気になる
□残尿感(排尿後すっきりしない)	□ED(勃起不全)が気になる(□処方希望)
□排尿痛(排尿時痛い)	□よく眠れない、疲れが取れない
□尿が出にくい、全くでない	口がんが気になる
□血尿 (尿に血が混ざる)	口漢方について知りたい
□尿路結石が気になる	□AGA(男性型脱毛症)
□性感染症が気になる	ロブライダルチェック(自費診察、男性限定)
□性器が気になる	口その他(
□性器や陰部にブツブツがある、痒い	
□健康診断で再検査(項目:) KT:
■上記の項目が気になるのはいつ頃からですか?	?
■薬や注射、食べ物などでアレルギーがございましたら教えてください。	
□なし □薬・注射()	○ □喘息・花粉症 □食べ物()
■今までにかかった大きな病気、手術を教えてください。	
口なし ・ 口ある(あるにチェック印を付けて頂いた方は、下記項目もご記入下さい)	
年 月頃 病名	病院名
年 月頃 病名	病院名
■現在治療中の病気、服用中の薬があったら教えください。	
口なし ・ 口ある(口お薬手帳を持ってい	る)
病名 病院名	
病名 病院名 病院名	服用中の薬
当クリニックのことを何でお知りになりましたか?該当する箇所を〇で囲んで下さい。	
, , ,	NET検索(サイト名)/ 看板
紹介 (知人 ・家族 ・職場) / 他院の紹介 (病院名) / その他 ()	
湘南太陽会グループのクリニックで診察を受けられたことはありますか? はい (鳥居 ・ 相生 ・ 根岸)・いい; ※当時は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めます。	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めます。 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算 マイナ保険証利用の有無に関わらず (初診時) 加算 1 点



